

Mirjam van Aken mondhygienisten

Gezondheidsvragenlijst

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoon:

Email:

Huisarts:

Naam en nummer verzekeraar:

Ja      nee

Is er de afgelopen maanden iets aan uw gezondheid veranderd?

Zo ja, wat?

Bent u onder behandeling van een arts of medisch specialist?

Zo ja, waarvoor?

Heeft u ooit een ernstige ziekte doorgemaakt?

Zo ja, welke?

Bent u ergens allergisch voor?

Zo ja, waarvoor?

Heeft u een hartinfarct gehad?

Zo ja, wanneer?

Heeft u last van hartkloppingen?

Wordt u voor hoge bloeddruk behandeld?

Zo ja, wat is meestal uw bloeddruk?

Heeft u pijn op de borst bij inspanning en/of emoties?

Heeft u last van gezwollen enkels/voeten?

Wordt u kortademig als u plat in bed ligt?

Bent u bij inspanning snel kortademig?

Heeft u een hartklep of een kunsthartklep?

Heeft u een aangeboren hartafwijking?

Heeft u een pacemaker of ICD?

Wordt u gecontroleerd door de trombosedienst?

Bent u ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling?

Heeft u last van hyperventileren?

Heeft u epilepsie, vallende ziekte?

Heeft u een hersenbloeding of een beroerte (of TIA) gehad?

Heeft u last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest?

Zo ja, bent u daarbij benauwd of kortademig?

Heeft u suikerziekte?

Zo ja, gebruikt u insuline?

Heeft u bloedarmoede?

Heeft u wel een langdurige bloedingen gehad na het trekken van tanden/kiezen of na een operatie?

Heeft u hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte gehad?

Heeft u een nierziekte?

Heeft u chronische maag-darmklachten?

Heeft u een aandoening van de schildklier?  
Heeft u reuma en/of chronische gewrichtsklachten?  
Heeft u momenteel een besmettelijke ziekte?  
Zo ja, welke?  
Heeft u last van neerslachtigheid, depressiviteit?  
Heeft u de afgelopen jaren een psycholoog of psychiater bezocht?  
Bent u bestraald vanwege een tumor in hoofd en/of hals?  
Rookt u?  
Zo ja, hoeveel?  
Gebruikt u alcohol?  
Gebruikt u drugs?  
Voor vrouwen: bent u zwanger?  
Zo ja, wanneer bent u uitgerekend?  
Heeft u een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd?  
Zo ja, welke?  
Gebruikt u medicijnen?  
Zo ja, welke?

Datum:

Handtekening: